IN THE UNITED STATES BANKRUPTCY COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

IN RE	*	CASE NO. 11-10699/MCF
EDWIN CARRASQUILLO DIAZ LORENZA ELFRIDA CORA SANTIAGO	*	CHAPTER 7
DEBTORS	*	

INFORMATIVE MOTION
RE: DEATH OF DEBTOR EDWIN CARRASQUILLO DIAZ
RULE 1016 OF THE FEDERAL RULES OF
BANKRUPTCY PROCEDURE

TO THE HONORABLE COURT:

COMES NOW, LORENZA ELFRIDA CORA SANTIAGO, debtor in the above captioned case, and very respectfully states and prays:

1. On December 16, 2011, Edwin Carrasquillo Díaz and Lorenza Elfrida Cora Santiago, filed the above captioned voluntary petition under Chapter 13 of the Bankruptcy Code, 11 U.S.C. Sections 1301 *et seq.*

2. On March 22, 2016, the co-petitioner Edwin Carrasquillo Díaz, R.I.P., passed away. See attached copy of death certificate issued by the Government of Puerto Rico.

3. On March 31, 2016, this Honorable Court granted debtor's request for conversion of the present case from Chapter 13 to a case under Chapter 7 of the Bankruptcy Code, 11 U.S.C. Sections 701 *et seq.*

4. Rule 1016, of the Federal Rules of Bankruptcy Procedure provides that the death or incompetency of the debtor shall not abate a liquidation case under Chapter 7. In such circumstances, the rule requires that the estate is to be administered and the case concluded, to the extent possible, as if the death had not occurred. Rule 1016 of the Federal Rules of Bankruptcy Procedure.

WHEREFORE, the debtor Lorenza Elfrida Cora Santiago, respectfully requests this Honorable Court take notice of the aforegoing, in the above captioned case.

I CERTIFY that on this same date a copy of this informative motion was filed with the Clerk of the Court using the CM/ECF electronic filing system which will send notice of same to Jose Ramon Carrion Morales, Esq., Chapter 13 Trustee and to the US Trustee's Office; I also certify that a copy of this motion was sent to: Lorenza E. Cora Santiago, HC 65 Box 4365 Patillas PR 00723.

RESPECTFULLY SUBMITTED. In San Juan, Puerto Rico, this 26th day of April, 2016.

/s/Roberto Figueroa Carrasquillo
USDC 203614
RFIGUEROA CARRASQUILLO LAW OFFICE PSC
ATTORNEY FOR PETITIONERS
PO BOX 186 CAGUAS PR 00726-0186
TEL.787-744-7699 FAX 787-746-5294
Email: rfigueroa@rfclawpr.com

787-271-0513 1 :46 p.m. 03-30-2016 2 /2

152

Registro Demográfico — Departamento de Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Número de Control | Número Nacional Defunción

Para ser completado / verificado por: Director Funerario

1a. Nombre y Apellidos de la Persona Fallecida según inscrita: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos) Edwin Carrasquillo Diaz

1b: También conocido por: (Otro nombre completo si es muy diferente al 1a.) ☐ No tiene

2. Sexo: ☑ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado

3. Núm. de Seguro Social de la persona fallecida: -7775 ☐ No tiene ☐ Desconocido

4a. Edad (años) 56

4b. Menor de un año: Meses: Semanas: Días:

4c. Menor de 24 horas: Horas: Minutos:

5. Fecha de Nacimiento: (Mes en letras) enero / 20 / 1960 (Mes / Día / Año)

6a. Lugar de Nacimiento: Patillas (Municipio) y Puerto Rico (Estado o País)

6b. Ciudadanía al momento del Fallecimiento: E.U.A

6c. Tiempo de residencia en Puerto Rico: 37 ☐ Días ☐ Meses ☑ Años

7. Residencia de la Persona Fallecida: Dirección residencial. Si vivía regularmente en una institución o facilidad de cuidado prolongado, escriba dirección física de dicho lugar.

7a. Barrio/Urb./Cond: Urb. Extensiones Valles de Arroyo

7b. Núm. y Calle: C-5 Calle 3

7c. Núm. Apt:

7g. Zona: ☑ Urbana ☐ Rural

7d. Municipio: Arroyo

7e. Estado o País: Puerto Rico

7f. Código Postal: 00714

8. ¿Perteneció a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: ☐ Sí ☑ No

9a. Estado marital de la persona fallecida al momento de la defunción: ☑ Casada legalmente ☐ Casada pero separado/a ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Nunca casada ☐ Desconocido

9b. Si la persona fallecida no estaba casada legalmente, ¿convivía o cohabitaba? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

10. Nombre del cónyuge sobreviviente según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos) Lorenza E. Cora Santiago

11a. Nombre del padre del fallecido según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos) Vidal Carrasquillo

11b. Lugar de Nacimiento: Municipio: Patillas Estado o País: Puerto Rico

12a. Nombre de la madre del fallecido según inscrito: (Nombre, Segundo Nom., Apellidos) Juanita Diaz

12b. Lugar de Nacimiento: Municipio: Patillas Estado o País: Puerto Rico

13a. Nombre del informante: Lorenza E. Cora Santiago

13b. Núm de teléfono: 3264

13c. Relación con el fallecido: Esposa

13d. Dirección postal del informante: (Barrio/Urb/Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal) HC-65 Buzon 4365 Patillas, Puerto Rico 00723

13e. Firma del informante: Lorenza Elisa Santiago

Ver instrucciones al dorso.

14a. Lugar de Defunción: *(Seleccione sólo uno)*
Si ocurrió en el Hospital: ☐ Hospitalizado ☐ Ambulatorio/Sala de Emergencia ☐ Muerto al llegar
Si ocurrió fuera del Hospital: ☐ Asilo/Casa de Salud/Facilidad Cuidado Prolongado ☑ Residencia de la persona fallecida ☐ Otro (especifique):

14b. Tiempo de estadía si falleció en hospital/asilo/casa de salud/facilidad de cuidado prolongado: ________ ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

15. Nombre de la facilidad donde ocurrió defunción:

16. Núm. de Identificación Facilidad: NPI

17a. Dirección del lugar de la defunción: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm.) Urb. Ext. Valles de Arroyo Calle 3 C-5 Arroyo, P.R. 00714

17b. Municipio: Arroyo

17c. Código Postal: 00714

Para ser completado por: Médico que Declara y Certifica — Nombre y Apellidos de Persona Fallecida: Edwin Carrasquillo Diaz

Encasillados 18 a 44 deben ser completados por el médico que declara y certifica la muerte.

18. Fecha de declaración de la muerte: ___/___/___ (Mes / Día / Año)

19. Hora de la declaración de la muerte: ___:___ (Hora / Minutos) ☐ AM ☐ PM

20a. Firma de quien declara la muerte (sólo si es diferente de quien certifica):

20b. Número de Licencia:

20c. Fecha de la firma: ___/___/___ (Mes / Día / Año)

21. Fecha de la muerte: (Mes en letras) 03 (march) 22 / 2016 (Mes / Día / Año) ☐ Exacta ☐ Aproximada ☐ Fecha hallazgo

22. Hora de la muerte: 10 : 00 (Hora / Minutos) ☐ AM ☑ PM ☐ Exacta ☑ Aproximada ☐ Fecha hallazgo

23. ¿Se contactó al Instituto de Ciencias Forenses? ☐ Sí ☐ No

Núm. Patología: (Uso exclusivo de ICF)

Causa de Muerte

24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. **USE LETRA DE MOLDE.**

Intérvalo aproximado de tiempo: desde el inicio hasta la defunción.

Causa Inmediata: → a. ______ Debido a, o como consecuencia de:
Enfermedad o condición final que llevó a la muerte.

Ordene las condiciones, si alguna, que condujeron a la causa escrita en la línea a. b. ______ Debido a, o como consecuencia de:

Registre al final la causa básica (enfermedades o lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte). c. ______ Debido a, o como consecuencia de:

d. ______ Debido a, o como consecuencia de:

25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica de muerte indicada en la Parte I:

26. ¿Se realizó autopsia? ☐ Sí ☐ No

27. ¿Los resultados estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? ☐ Sí ☐ No

28. ¿El uso de Tabaco contribuyó a la muerte? ☐ Sí ☐ No ☐ Probablemente ☐ Se desconoce

30. Tipo o manera de muerte: ☑ Natural ☐ Accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐ Pendiente de investigación ☐ No pudo determinarse

29. Si era mujer: ☐ Embarazada al momento de la muerte ☐ No estuvo embarazada el año pasado ☐ Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado ☐ No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte ☐ No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos antes de la muerte

31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora:
31a. ___/___/___ (Mes / Día / Año) 31b. ___:___ (Hora / Min) ☐ AM ☐ PM

32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.)

33. ¿Ocurrió en el trabajo?: ☐ Sí ☐ No

34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)